

## ÍNDICE

Siglas e Acrónimos.....	7
Resumo.....	8
<i>Abstract</i> .....	10
1. Introdução.....	12
1.1. Objetivos.....	13
1.2. Métodos.....	14
2. Definição.....	15
2.1. Parceria Público-Privada.....	15
2.2. “ <i>Value for Money</i> ” .....	17
2.3. Custo Público Comparável.....	18
2.4. Transferência e partilha de riscos.....	18
2.4.1. Riscos associados.....	19
2.5. Vantagens.....	21
2.6. Desvantagens.....	21
3. História.....	22
3.1. Modelos Internacionais.....	23
4. Enquadramento legal .....	25
5. PPP em Portugal.....	29
6. PPP na Saúde.....	32
6.1. Remuneração das Entidades Gestoras.....	34
6.1.1. EGED.....	34
6.1.2. EGEST.....	35

7. Hospital de Cascais.....	38
7.1. Execução do contrato de gestão - EGEST.....	40
7.2. Remuneração das Entidades Gestoras.....	42
7.2.1. Remuneração da EGEST.....	42
7.2.2. Remuneração da EGED.....	44
8. Hospital de Loures.....	46
8.1. Execução do contrato de gestão - EGEST.....	48
8.2. Remuneração das Entidades Gestoras.....	49
8.2.1. Remuneração da EGEST.....	49
8.2.2. Remuneração da EGED.....	51
9. Hospital de Braga.....	53
9.1. Execução do contrato de gestão - EGEST.....	55
9.2. Remuneração das Entidades Gestoras.....	56
9.2.1. Remuneração da EGEST.....	56
9.2.2. Remuneração da EGED.....	58
10. Hospital de Vila Franca de Xira.....	60
10.1. Execução do contrato de gestão - EGEST.....	62
10.2. Remuneração das Entidades Gestoras.....	63
10.2.1. Remuneração da EGEST.....	63
10.2.2. Remuneração da EGED.....	65
11. Conclusão/Discussão.....	66
12. Bibliografia.....	70

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Contratos de PPP em Portugal em 2015.....	31
Gráfico 2 - Evolução dos encargos das PPP no período de 2011 a 2014.....	31

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Remuneração anual da EGED.....	34
Figura 2 – Encargos do Estado com a EGED.....	35
Figura 3 – Encargos do Estado com a EGEST.....	36

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Modelo de PPP para as unidades hospitalares.....	33
Tabela 2 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Cascais.....	39
Tabela 3 - Produção anual prevista no CB e Realizada no Hospital de Cascais.....	41
Tabela 4 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Cascais, CB vs. Realizado.....	43
Tabela 5 - Remuneração anual da EGED do Hospital de Cascais, CB vs. Realizado.....	45
Tabela 6 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Loures.....	47
Tabela 7 - Produção anual prevista no CB e Realizada no Hospital de Loures.....	48
Tabela 8 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Loures, CB vs. Realizado.....	50
Tabela 9 - Remuneração anual da EGED do Hospital de Loures, CB vs. Realizado.....	52
Tabela 10 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Braga.....	54
Tabela 11 - Produção anual prevista no CB e Realizada no Hospital de Braga.....	55
Tabela 12 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Braga, CB vs. Realizado.....	57
Tabela 13 - Remuneração anual da EGED do Hospital de Braga, CB vs. Realizado.....	59
Tabela 14 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Vila Franca de Xira.....	61

Tabela 15 - Produção anual prevista no CB e Contratada no Hospital de Vila Franca de Xira.....	62
Tabela 16 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira, CB vs. Realizado.....	64

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

BAFO: *Best and Final Offer*

CB: Caso Base

CPC: Custo Público Comparável

DBFOT: *Design, Build, Finance, Operate, Transfer*

EPC: Entidade Pública Contratante

EGED: Entidade Gestora do Edifício

EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento

IP: Infraestruturas de Portugal

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PFI: *Private Finance Initiative*

PIB: Produto Interno Bruto

PPP: Parceria Público-Privada

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UTAP: Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

VfM: “*Value for Money*”

## RESUMO

Ao longo da última década, o investimento do setor privado, nomeadamente nas Parcerias Público-Privadas (PPP) tem aumentado de popularidade em Portugal, onde tem sido visto como uma opção de financiar e gerir as infraestruturas ou serviços públicos.

As PPP são descritas como contratos de execução duradoura celebrada entre uma entidade pública e uma entidade privada, tendo como objetivo a prestação de um serviço ou infraestrutura pública, onde existe transferência de riscos do público para o privado, característica crucial neste tipo de relação.

Em Portugal, as PPP estão legisladas e regulamentadas pelo Decreto-Lei nº111/2012, com vista a um melhor controlo e maior transparência na execução dos contratos.

Os primeiros hospitais em Portugal neste regime, as parcerias da 1ª vaga, são quatro, e envolveram a construção, manutenção e gestão dos Hospitais de Cascais, Loures, Braga e Vila Franca de Xira. Na avaliação dos projetos PPP foi utilizado o Custo Público Comparável, que não é mais que a melhor estimativa de custo de desenvolvimento do projeto pelo setor público.

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de esclarecer os contratos em regime de PPP a atuar em Portugal no setor da saúde, nomeadamente as 4 unidades hospitalares incluídas na 1ª vaga, quantificar a produção prevista, real e/ou contratada e contabilizar os respetivos encargos para o Estado com as várias parcerias. Para esse efeito, foram consultados vários documentos e livros, nomeadamente relatórios e auditorias publicadas pela Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP) e Tribunal de Contas.

Como conclusões, o conceito de PPP é hoje utilizado em todo o mundo, com vantagens e desvantagens. Os contratos dos 4 hospitais em regime de PPP estudados no

trabalho, correspondem a 25% do total das parcerias PPP em Portugal e servem quase 20% da população nacional.

Além disso, os encargos para o Estado com estas parcerias têm aumentado ao longo dos anos e nem tudo correu como previsto.

**Palavras-chave:** Parceria Público-Privada, Hospital de Cascais, Hospital de Loures, Hospital de Braga, Hospital de Vila Franca de Xira, Gestão hospitalar.

## **ABSTRACT**

Over the past decade, the private sector investment, particularly in Public-Private Partnerships (PPP) has increased in popularity in Portugal, which has been seen as an option to finance and manage infrastructure or public services.

PPPs are described as celebrated lasting execution contracts between a public and a private entities, with the aim of providing a service or a public infrastructure, where there is transfer of public risk to private, wich is a crucial feature in this type of relationship.

In Portugal, PPPs are legislated and regulated by Decree-Law 111/2012, in order to have a better control and higher transparency in the execution of contracts.

The first hospitals in Portugal with this regime, the first wave of partnerships, are four and involved the construction, maintenance and management of Cascais, Loures, Braga and Vila Franca de Xira Hospitals. In the assessment of PPP projects was used the Comparable Public Cost, CPC, which is no more than the best estimate cost of developing the project by the public sector.

The present work was carried out in order to clarify the contracts in PPP regime operating in Portugal in the health sector, mainly the four hospitals included in the first wave, quantify the expected production, real and/or contracted, and account the respective charges for the state through various partnerships. To this end, were consulted various documents and books, including reports and audits published by the Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP) and Tribunal de Contas.

As conclusions, the concept of PPP today is used throughout the world, with advantages and disadvantages. The contracts of four hospitals in PPP arrangements account for 25% of all PPP partnerships in Portugal and serve nearly 20% of the national population.



Moreover, the burden on the state with these partnerships have increased over the years, and not everything.

Keywords: Public-Private Partnership, Hospital de Cascais, Hospital de Loures, Hospital de Braga, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital Management.

## 1. INTRODUÇÃO

A conjuntura económica que se vive atualmente, tanto a nível nacional como internacional, culminam num Estado com menos recursos financeiros para investir no desenvolvimento do país. Aliado a estas limitações orçamentais, o rápido desenvolvimento e avanço tecnológico que hoje em dia se verifica obriga a constantes renovações de edifícios e construção de novas infraestruturas para responder às necessidades populacionais. Por estas razões, o investimento e financiamento por parte de entidades privadas é atualmente muito importante para o equilíbrio das contas públicas. Deste modo, é possível que um país se desenvolva e modernize nos vários setores socioeconómicos. (1)

As Parcerias Público-Privadas, comumente denominadas de PPP, foram a forma do setor público cumprir os seus deveres e compromissos com a população através da cooperação de entidades privadas, antecipando a oferta com deferimento de custos.

Entende-se por PPP, qualquer contrato de longa duração estabelecido entre o setor público e privado, com o objetivo primário de maximizar a oferta de serviços e infraestruturas aos cidadãos e minimizar os custos inerentes a essa oferta. (1)

São vários os países, tanto da União Europeia como fora, que utilizam este tipo de contratos em vários setores da economia, nomeadamente no setor da educação, rodoviário, ferroviário e da saúde. (2)

No caso particular da saúde, estes contratos são utilizados para a construção de novos edifícios hospitalares e para a prestação de serviços clínicos, de uma forma que se pensa ser mais eficiente se realizada por parceiros privados. As entidades responsáveis por tais tarefas, serviços clínicos, construção e manutenção do edifício, são remuneradas pela Entidade Pública Contratante (EPC) consoante a produção realizada. Este modelo de parceria permite a partilha dos riscos inerentes a estes projetos. (3)

Existem em Portugal vários contratos em regime de PPP. No setor da saúde são 4 hospitais sob este regime: o Hospital de Cascais, o Hospital Loures, o Hospital Braga e o Hospital de Vila Franca de Xira. No total servem uma população de cerca de 2 milhões de pessoas. (4)

### **1.1. Objetivos**

A realização deste trabalho tem como principal objetivo clarificar o conceito geral de PPP, e aprofundar o modelo e a forma como são estabelecidos este tipo de contratos em Portugal no setor da saúde, bem como o seu estado atual.

Para tal, procedeu-se à realização de um estudo retrospectivo sobre os encargos para o Estado das várias unidades nos respetivos períodos de tempo identificados, os valores iniciais dos contratos assinados com as várias entidades gestoras, a produção prevista *Vs.* produção contratada/realizada e a respetiva remuneração às Entidades Gestoras envolvidas.

Este estudo incide sobre 4 PPP na área da saúde em execução no nosso país e nos respetivos períodos de tempo:

- Hospital de Cascais entre 2009 e 2012;
- Hospital de Loures entre 2012 e 2015;
- Hospital de Braga entre 2009 e 2011;
- Hospital de Vila Franca de Xira entre 2011 e 2012.

Os diferentes intervalos de tempo são consequência das diferentes datas de início da execução dos vários projetos, bem como dos documentos publicados até então.

## 1.2. Métodos

Foi realizada uma pesquisa e revisão da literatura médica sobre Parcerias Público-Privadas, abrangendo o período de 2005 a 2015, incluindo artigos em língua inglesa e portuguesa de revistas reconhecidas cientificamente em diversas áreas, tais como Gestão Hospitalar e Economia. Recorreu-se ainda a livros que abrangessem o tema em estudo.

Realizaram-se pesquisas na base de dados PUBMED, a fim de encontrar estudos e artigos de revisão. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, em combinações variadas: “*Public-private partnership*”, “*health*”, “*hospital*”, “*corporation*”, “*sector*” e “Portugal”. Foi também utilizado o Repositório Institucional dos HUC ([rihuc.huc.min.saude.pt](http://rihuc.huc.min.saude.pt)), para pesquisa de artigos sobre o tema, utilizando os termos: “Parcerias Público-Privadas” e “Saúde”. Recorreu-se também a documentos publicados pelo Diário da República, nomeadamente Decretos-Lei, e pelo Tribunal de Contas e UTAP.

Sendo um tema de pesquisa recente, apenas foi estabelecido como critério de inclusão/exclusão dos diversos artigos, a língua e o período de publicação (desde o primeiro dia de 2005 até ao último de 2015). Numa primeira etapa procedeu-se à pesquisa nas bases de dados escolhidas, sendo de seguida selecionados os artigos publicados no período supramencionado. Foram também selecionados livros de autores considerados relevantes na matéria em causa. Numa terceira fase foram selecionados os detentores de informação relativa a PPP no setor da saúde em Portugal, relatórios e auditorias.

## 2. DEFINIÇÃO

### 2.1. Parcerias Público-privadas (PPP)

Entre as várias funções atribuídas ao Estado, compete-lhe o fornecimento aos cidadãos de um conjunto de serviços públicos (como educação, saúde, assistência social), bem como a construção de infraestruturas básicas (estradas, pontes, caminhos de ferro). (3)

O investimento e prestação destes serviços é crucial para o desenvolvimento económico, o bem-estar e a qualidade de vida de qualquer população. (3)

Nos últimos 20 anos, a prestação deste tipo de serviços e a construção, financiamento e manutenção de infraestruturas começou a ter a participação do setor privado, em forma de parceria entre as duas entidades, com benefícios para ambos, substituindo a contratação pública tradicional em muitos projetos. Através destas parcerias, o Estado deixa de estar envolvido nas fases de conceção, construção, manutenção e gestão desses serviços, mas mantém-se responsável pelo pagamento desses serviços. (3)

O Estado assume-se como entidade contratante, ficando responsável por determinar os objetivos e as metas a alcançar, monitorizar e controlar a execução do contrato.

Para cada PPP é criada uma empresa específica, que detém um contrato de concessão com o Estado. Esse contrato é, regra geral, de longa duração (20 a 30 anos).

Esta empresa, ou entidade privada, de forma autónoma, fica responsável pela construção da infraestrutura e/ou prestação do serviço, mas também pelo seu financiamento.

A divisão de responsabilidades, como será abordado de seguida, leva a uma partilha de riscos entre as duas entidades, que por sua vez, em associação com a criação de “*Value for Money*”, se torna num dos principais motivos e incentivos para este tipo de parcerias. Estes riscos devem ser vinculados à entidade que melhor é capaz de os gerir. (3)

As renegociações e reequilíbrios financeiros são outra questão relevante nestas parcerias, ocorrendo frequentemente dada a longa duração dos contratos, que os torna um pouco incertos. Estas decorrem normalmente da alteração de condições do contrato a pedido do governo. É necessário um reequilíbrio financeiro quando as condições iniciais da PPP não se verificam e, contratualmente, o privado pode ser ressarcido por isso, de forma a minimizar o seu risco de falência. (3)

O conceito de PPP ainda hoje não está completamente definido, mantendo-se as discussões para a sua definição exata. Em todo o caso, entende-se que qualquer PPP, segundo a Comissão Europeia, seja uma “forma de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas privadas, tendo por objetivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infraestrutura ou a prestação de um serviço”.

Para a OCDE, uma PPP é um “acordo através do qual o setor privado se responsabiliza pela conceção, construção, financiamento e gestão dos ativos de infraestruturas tradicionalmente da responsabilidade do setor público”.

De um modo geral, as finalidades genéricas das PPP são essencialmente: (1,3)

- permitir que o Estado mantenha as suas políticas de investimento público, de forma a que o financiamento passe a ser assegurado por parceiro privado;
- partilhar riscos;
- desenvolver grandes infraestruturas;
- adquirir ganhos de eficiência na qualidade de prestação de serviços públicos, ultrapassando insuficiências ao nível de gestão pública.

De acordo com *Sciulli et al.* e *Barros et al.*, a parceria com o setor privado também tem como principais benefícios associados: a redução de grandes investimentos iniciais de recursos públicos, o aproveitamento da eficiência operacional dos parceiros privados, uma gestão individualizada de infraestruturas e serviços, e poder ser um método de alcançar novos conhecimentos técnicos e tecnológicos. (5,6)

Para melhor compreensão do conceito de PPP, como já foi referido, existem três conceitos implícitos e de elevada importância em qualquer parceria deste tipo: “*Value for Money*”, Custo Público Comparável e Transferência e partilha de riscos.

## **2.2. “*Value for Money*” (*VfM*)**

Um dos objetivos principais de uma PPP, e uma forte razão que leva a serem realizadas, é gerar e alcançar *VfM*.

Não existe uma definição consensual relativamente a este conceito, mas considera-se que um determinado serviço tem *VfM* quando é obtido com o menor custo possível para o volume e qualidade desse mesmo serviço, com a melhor relação qualidade-preço. (1)

Não basta apenas o menor custo de aquisição/produção, é também necessária uma máxima eficiência com os mesmos gastos. Neste caso, deve ser garantido que o dinheiro dos contribuintes é aplicado de forma eficiente. Pensa-se então que a maior eficácia do setor privado na execução de tarefas em relação ao setor privado cria *VfM*. (3)

### **2.3. Custo Público Comparável (CPC)**

Este conceito é definido como o custo que o projeto teria para o Estado, caso fosse desenvolvido pela via tradicional, ou seja, direta e exclusivamente pelo setor público.

Entenda-se que, se o pagamento feito, no contexto da parceria, for inferior ao custo que o projeto teria para o Estado caso fosse realizado apenas pelo setor público, considera-se que existe vantagem para o setor público na realização da parceria. (1)

### **2.4. Transferência e partilha de riscos**

Os riscos inerentes a cada projeto, através da transferência das responsabilidades da realização das várias etapas do projeto, são transferidos da entidade pública para a entidade privada, entidade essa que é remunerada por suportar esses riscos. Esta transferência é um dos pontos basilares de qualquer PPP. (1)

Apesar disto, esta partilha de riscos não é um objetivo por si só, mas sim um instrumento impulsionador e estimulador do setor privado, é um elemento chave para a obtenção de *VfM*, argumento a favor da realização de projetos via PPP. A maior eficácia que a entidade privada vai procurar ter está intimamente relacionada com os riscos que suporta. O risco faz parte dos incentivos à eficácia do setor privado. Não se trata de uma questão de gestão de riscos, mas sim de uma questão de incentivos. (3)

No caso particular do setor da saúde, e não só, a teórica maior eficiência das entidades privadas, tanto na construção e manutenção de infraestruturas, como na gestão das atividades clínicas, é um fator chave e motivo pelo qual são desejáveis a sua participação nos serviços públicos. Ao existir transferência de risco para a entidade privada, esta sente-se, ainda mais, na obrigatoriedade de ser eficiente na condução das suas atividades, caso contrário será lesada ao suportar possíveis custos inesperados. (1)



Como exemplo desta transferência de riscos, é o caso do pagamento de um preço fixo à entidade privada para a construção de determinada obra, em que caso haja derrapagens orçamentais, é o setor privado que suportará esses custos. Consequentemente, a motivação e o interesse em controlar os gastos desnecessários e desperdícios por parte do setor privado são elevados. (1)

Os diferentes riscos inerentes à parceria devem ser repartidos entre as partes, de acordo com a respetiva capacidade de gerir esses mesmos riscos. (7)

Entende-se então, que uma parceria em que o setor público assuma todos os custos inerentes à realização de determinado projeto não seria de todo vantajoso para o Estado, não sendo esse o objetivo de uma PPP. (1)

#### **2.4.1. Riscos associados**

Numa PPP, e na saúde não é exceção, podem ser identificados quatro tipos de risco:

a) Risco de construção: a maior parte dos projetos envolve a construção de uma grande infraestrutura, logo podem ocorrer atrasos e problemas ao longo da construção; (8)

b) Risco de procura e disponibilidade: a procura e a disponibilidade do serviço prestado podem ser inferiores à prevista; (8)

c) Risco de financiamento: estes riscos estão associados e dependentes da taxa de juro, não sendo assim controlados por qualquer uma das partes envolvidas; (8)

d) Risco de gestão e manutenção da infraestrutura: é um incentivo ao setor privado a construir uma infraestrutura com o mais baixo custo de manutenção. (8)

Como veremos em seguida, no modelo utilizado em Portugal, o risco de construção de infraestruturas e de qualidade de serviço são melhor controláveis pelas entidades gestoras, neste caso o setor privado, sendo estas responsáveis por estes riscos.

O risco de tecnologia, passa por adquirir e integrar, sempre que se justifique, para melhorar a qualidade do serviço prestado, os meios tecnológicos mais avançados. Estes riscos são determinados e dependentes de decisões Governamentais (neste caso Ministério da Saúde) e por isso mesmo é o Estado, Entidade Pública Contratante (EPC), que os assegura.

(1)

Os riscos de financiamento, como o da taxa de juro, são partilhados por ambas as entidades, visto não dependerem, nem serem passíveis de controlo por qualquer uma delas.

(1)

Os riscos de procura podem ser controlados em parte pela gestão clínica, e assim assumidos pela entidade privada, através de uma gestão de camas de enfermaria mais racional e um serviço clínico de qualidade. (1)

Em teoria, as vantagens e desvantagens que levam a optar por este tipo de contratos estão já descritas e bem identificadas:

### **2.5. Vantagens: (9)**

- Entidades privadas integradas desde o início do processo de programação/construção dos projetos, com efeitos positivos nos custos e prazos de execução de obras;
- Redução do período de arranque de uma nova infraestrutura (por exemplo um novo hospital);
- Patilha de riscos assumidos pela entidade privada, e esforço financeiro do investimento do Estado atenuado e distribuído pelos anos de contrato;
- Definição, desde o início, das condições de exploração e prestação dos serviços a uma população pré-definida;

### **2.6. Desvantagens: (3,10,11,12)**

- Modo tentador de os Governos fazerem obras rapidamente, sem uma rigorosa avaliação do seu custo final para os contribuintes, com cláusulas de revisão de custos que só posteriormente se podem revelar mais dispendiosos do que o previsto;
- Deferimento dos encargos para o futuro;
- Interesses públicos diferentes dos interesses privados;
- Melhores qualidades de negociação das entidades privadas, usadas em seu benefício, com prejuízo para o Estado;
- Necessidade de várias renegociações ao longo dos contratos;
- Riscos políticos e sociais associados a uma eventual perda da confiança dos cidadãos no serviço prestado, neste caso os serviços públicos de saúde.

### 3. HISTÓRIA

O conceito de PPP como o conhecemos hoje tem um início relativamente recente, mas a provisão pelo setor privado de serviços públicos já tem uma longa tradição, especialmente na construção de grandes infraestruturas no setor do transporte. Foi ainda no século XIX que o setor privado forneceu serviços comumente pertencentes ao setor público, e que no período pós-guerra foram retomados pelo setor público em virtude da crise. Mais tarde, em 1992, o tratado de *Maastricht* estabelecia, entre outras coisas, um limite à despesa pública dos países membros, obrigando à implementação de medidas para contenção de custos. (13)

Vários países, a começar pelo Reino Unido, adotaram medidas alternativas de financiamento, neste caso o setor privado (modelo de *Private Finance Initiative* (PFI)), para a realização de grandes infraestruturas e o fornecimento de serviços públicos imprescindíveis, tanto no setor da saúde, como no setor da educação, dos transportes e da defesa. (14)

A partir deste modelo inicial de PFI, desenvolveram-se vários tipos de contratos no âmbito das PPP, que vieram mais tarde a ser implementados em vários países, tanto da zona Euro, como no resto do mundo. (15)

Assim, desde os anos noventa, os vários governos (centrais, regionais ou locais), foram substituindo parte do investimento público tradicional pela utilização de PPP. Em 2009, um estudo realizado pelo Banco Europeu de Investimentos concluiu que existiam na Europa mais de 1500 PPP, com um investimento acumulado de 250 mil milhões de euros. (3)

Na saúde, o modelo clássico inicialmente implementado no Reino Unido, é baseado na prestação de serviços por parte de um operador privado que compreende os serviços de infraestrutura, como a construção de um Hospital, os serviços de “*hard facilities*”, como por exemplo a manutenção do edifício e jardins, recolha de resíduos e parques de estacionamento;

e os serviços de “*soft facilities*” que são, por exemplo, serviços de lavandaria e limpeza, de alimentação e de segurança. Deste modo, neste modelo o operador privado não é responsável pela prestação de cuidados de saúde nem pela gestão hospitalar ou clínica. (2)

Já em países como Portugal, Espanha e Itália, estas parcerias incluem não só a construção de novos hospitais, mas também a exploração da respetiva atividade clínica por parte das entidades privadas. Noutros países como França, Alemanha e Canadá, as parcerias destinam-se apenas à construção. (14)

No nosso país, os primeiros projetos tipo PPP foram realizados na década de noventa no setor dos transportes, da energia e do ambiente, com a construção da Ponte Vasco da Gama (1994), a Central Termoelétrica do Pego (1993) e da Tapada do Outeiro (1994), a Rede de Gás Natural (1993) e as concessões municipais de abastecimento de água, saneamento e resíduos sólidos, respetivamente. No setor da saúde, a primeira unidade hospitalar em regime próximo de PPP foi o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, que ainda assim não se enquadra no modelo de PPP que rege os contratos atuais. (9)

### **3.1. Exemplos internacionais**

Como fenómeno global existem no mundo diferentes modelos de PPP e, como vimos, o Reino Unido foi pioneiro na implementação deste tipo de parcerias. Apesar de diferenças entre si, o conceito de PPP está difundido não só pela União Europeia, mas também nos Estados Unidos, Canadá e Austrália. (3)

Segundo dados do Banco Europeu de Investimentos, o Reino Unido é o segundo país com maior utilização de PPP, quando medido pelo PIB, sendo ultrapassado apenas por Portugal. Mas em termos absolutos é o país com maior numero de projetos, 641 em 2009. Os

setores mais envolvidos são: educação, saúde, transportes, defesa, justiça e segurança. As PPP, neste caso, têm contribuído muito para o desenvolvimento da saúde e educação. (3)

Esta forte utilização da PPP criou um problema orçamental com os encargos futuros, com compromissos financeiros já bastante avultados (cerca de 1% do PIB em 2017). Ainda assim, vários projetos têm sido bem-sucedidos, com dinheiros públicos a gerarem *VfM* e a serem usados de forma eficiente.

Em relação à União Europeia, apesar de bastante difundido por vários países, não existe um quadro jurídico específico e comum aos diversos Estado-membros, ficando a cargo de cada um legislar estes contratos. Em 2004 foi criado um Livro Verde sobre PPP, onde foram expostas as melhores práticas, com vista a uma maior transparência e igual tratamento para as empresas. (3)

Na Europa continental, as PPP são utilizadas sobretudo no setor ferroviário, rodoviário e da saúde. Experiências interessantes têm ocorrido na Alemanha e Holanda, nomeadamente na construção de escolas, iluminação de ruas e na expansão de portos náuticos, respetivamente.

Além da zona Euro, também na Austrália, as PPP são igualmente utilizadas para a construção de infraestruturas como escolas e prisões. No Canadá, o setor da saúde, educação, ferroviário e justiça são os que mais utilizam este tipo de contratos. Na Coreia do Sul e Chile existem igualmente PPP e, em qualquer um dos países anteriormente citados, existem projetos e contratos bem-sucedidos, e outros que nem tanto, existindo sempre aspetos a melhorar. (3)

#### 4. ENQUADRAMENTO LEGAL

A urgência em construir novos hospitais e responder a todas as exigências sociais e populacionais a nível da saúde em Portugal obrigou a que, no setor da saúde, as normas de utilização de PPP fossem legisladas antes do regime geral de PPP. Este diploma veio introduzir alterações ao Estatuto do Serviço Nacional Saúde (SNS) que permitiu, desta forma, o uso das PPP para a construção e gestão de hospitais.

O modelo de PPP na saúde foi formalmente implementado através do Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de Agosto, onde são definidos “os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no SNS e outras entidades” (Art.º 1.º). (16)

O mesmo diploma afirma também que “uma das prioridades do Governo é o aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde, com vista a obter uma progressiva racionalização das funções de financiamento e de contratação, e da função de prestação de cuidados de saúde”. (16)

Desta forma, os privados podem participar em parcerias na saúde, onde “o regime de gestão e financiamento privados visam, fundamentalmente, obter melhores serviços com a partilha de riscos e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços e outras entidades que se associam com carácter duradouro”. (16)

O Art.º 2.º do mesmo Decreto-Lei define o objetivo de estabelecimento de parcerias em saúde: primeiro, “(...) a associação duradoura de entidades dos setores privado e social à realização direta de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio direto ou indireto à sua realização no âmbito do

serviço público de saúde assegurado pelo SNS” e segundo, “as parcerias de saúde envolvem uma ou mais atividades de conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados, ou a integrar no SNS, com a transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades”. (16)

O desenvolvimento de parcerias em saúde em regime de gestão e financiamento privados deve respeitar os seguintes princípios: (Art.º 3.º)

- a) Os objetivos devem ser claramente enunciados, definindo-se pelos seus resultados e não pelos meios necessários à obtenção destes;
- b) A duração deve ter em conta o período de vida útil dos ativos subjacentes à prestação da atividade da parceria;
- c) A distribuição de riscos deve ser feita atribuindo-os à parte mais competente para a sua gestão;
- d) O procedimento de contratação deve, em regra, ter um carácter competitivo;
- e) A contratação deve ser precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, bem como de uma análise da respetiva viabilidade financeira.

Este Decreto-Lei veio assumir “particular destaque na reforma da saúde” com “o estabelecimento, no âmbito do SNS, de Parcerias Público-Privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas, ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde”. (16)

Em 2003, as PPP foram oficialmente implementadas e generalizadas em Portugal com a publicação do Decreto-Lei nº86/2003, de 26 de Abril. A publicação deste Decreto-Lei veio responder “à necessidade, de há muito sentida, de um enquadramento geral, contendo regras de disciplina genéricas e as linhas de conexão entre a realização deste novo tipo de



despesa pública e a disciplina orçamental, convivendo harmonicamente com a eventual criação, quando se justifique, de regimes setoriais para o lançamento de programas integrados de parcerias e a contratação dos parceiros nas várias áreas de atividade pública”. (17)

Foi ao abrigo desta legislação que foram contratadas as PPP que hoje se encontram em execução no nosso país, nomeadamente os hospitais analisados no presente trabalho. (18)

Em 2006, o Decreto-Lei nº86/2003 foi revisto com o objetivo de introduzir alterações relevantes ao regime jurídico das PPP. Esta revisão veio no sentido de corrigir “deficiências ou fragilidades” no anterior Decreto-Lei que se revelaram com o passar tempo, e com a aquisição de maior experiência que não existia até então. Foi introduzido “um conjunto de inovações que permitiram reforçar a coesão e articulação entre ministérios coenvolvidos, bem como um aperfeiçoamento de várias das suas disposições”, através do incremento de um maior “controlo financeiro”, não só no lançamento de novas parcerias, mas também levar a cabo “alterações a contratos de parcerias já celebrados” ou, em outras situações, “suscetíveis de gerarem um aumento de encargos para o parceiro público ou para o Estado”. (19)

Em 2012, a crise financeira nacional e os contratos anteriormente celebrados vieram gerar uma revisão profunda ao regime jurídico aplicável às PPP, surgindo então um novo decreto lei, Decreto-Lei nº111/2012 de 23 de Maio, sendo este que se mantém atualmente em vigor. O Art.º1.º do Decreto-Lei nº111/2012 estabelece como principais objetivos: “a) definição de normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, lançamento, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global” e “b) criação da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projeto”. (7)

Este decreto-lei teve como um dos principais objetivos a constituição de uma Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP), unidade orgânica com “natureza de entidade administrativa dotada de autonomia, assumindo responsabilidades no âmbito da

preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global dos processos de PPP, e que assegura um apoio técnico especializado ao Governo, em especial ao Ministério das Finanças, em matérias de natureza económico-financeira”. (7)

O Art.º 6.º deste mesmo Decreto-Lei refere que “o lançamento e a adjudicação do contrato de parceria pressupõem”: “b) o estudo dos impactos orçamentais previsíveis, em termos de receita e de despesa, e sua comportabilidade, bem como as respetivas análises de sensibilidade, quer em termos de procura, quer de evolução macroeconómica”; uma “f) enunciação clara dos objetivos da parceria para o setor público, especificando os resultados pretendidos e as vantagens daí decorrentes, numa perspetiva de análise custo-benefício”; a “l) identificação discriminada e detalhada dos riscos a assumir por cada um dos parceiros” e uma “m) adequada atribuição de responsabilidades e partilha de risco entre os parceiros públicos e privados”. (7)

Deste modo, é aplicado o conceito de “*Value for Money*” com a expressa necessidade de elaboração de uma análise do custo-benefício e de sensibilidade.

Este Decreto-Lei veio, portanto, exigir “uma análise de comportabilidade orçamental e a realização de análises de sensibilidade orçamental, com vista à verificação da sustentabilidade de cada parceria face a variações de procura e alterações macroeconómicas”, “uma análise custo-benefício e a elaboração de uma matriz de partilha de risco”, e a necessidade de “tornar mais transparentes os processos relativos a PPP”. (7)

## 5. PPP EM PORTUGAL

Os vários contratos estabelecidos entre entidades públicas e privadas variam em função do setor em que são estabelecidos, bem como o objetivo com que o Estado faz esse mesmo contrato. Assim, segundo escreve Jorge Simões, os vários modelos de PPP atualmente vigentes em Portugal são:

### **a) Contrato de concessão:**

A prestação de um serviço público é confiada a uma entidade privada durante um período de tempo. A remuneração do concessionário é feita através de taxas ou tarifas pagas pelos utentes ou consumidores do respetivo serviço público, assumindo a totalidade dos riscos financeiros inerentes. A entidade/empresa privada é escolhida através de um concurso público, normalmente criada para essa candidatura. Atualmente é este o modelo maioritariamente utilizado no setor rodoviário e ferroviário: concessões e subconcessões. No 1º caso, as autoestradas, por exemplo, são remuneradas através das receitas da cobrança de portagens de utilização da respetiva via, por parte do condutor. No 2º caso, por exemplo, a remuneração assenta, não só nas receitas cobradas aos utilizadores do serviço, mas também nos proveitos publicitários e rendimentos decorrentes da exploração de áreas comerciais e parques de estacionamento. (9)

### **b) Arrendamento de serviços públicos (Franchising):**

A gestão e exploração de um estabelecimento ou serviço público já existente é cedido a uma entidade privada. A remuneração da entidade privada é feita igualmente através do pagamento de taxas ou tarifas por parte dos utentes ou consumidores, sendo

posteriormente paga uma renda à entidade pública. Exemplo deste modelo é o da EDP relativamente à eletricidade, que deixou de pertencer aos municípios. (9)

**c) Contrato de gestão:**

A gestão e manutenção de um estabelecimento ou serviço público já em funcionamento é transferida para uma entidade privada, como no contrato de concessão. Neste caso, o risco financeiro mantém-se a cargo do Estado, sendo ele responsável pela remuneração da entidade privada, mediante a quantidade de produção acordada entre as partes. Este modelo, com algumas alterações, é o modelo previsto e atualmente utilizado na área da saúde no nosso país, com a gestão de centros hospitalares. (9)

Atualmente, considerando o período de tempo até 30 de junho de 2015, o universo das PPP em Portugal incorpora 32 parcerias que integram os setores rodoviário, ferroviário, saúde e segurança, representando um investimento acumulado (realizado pelos parceiros privados), entre 1998 e 2014, da ordem dos 14.364 milhares de euros. O setor rodoviário assume-se como o setor com maior peso no referido universo, seja em termos de número absoluto de PPP, ou em investimento acumulado, como ilustrado no gráfico1. (20)

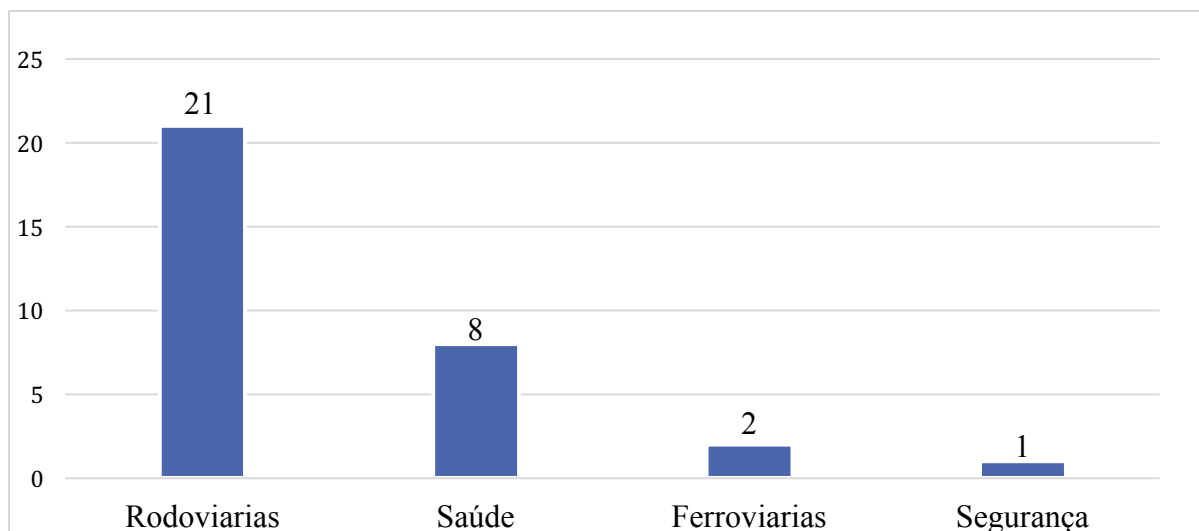


Gráfico 1- Contratos de PPP em Portugal em 2015. Adaptado de “Boletim Trimestral de PPP 2015” – UTAP

Do total dos 32 contratos de PPP em execução em Portugal no ano de 2015, aproximadamente 66% são no setor rodoviário, e 25% são no setor da saúde. (20)

O Gráfico 2 reflete a evolução anual dos encargos líquidos com PPP no período 2011-2014. Merece destaque, o fato de os valores acumulados no ano de 2014 evidenciarem um aumento significativo dos encargos líquidos totais, sendo este, em muito, explicado pelo setor rodoviário que aumentou o seu peso relativo de 53% para 69% entre 2013 e 2014. (21)

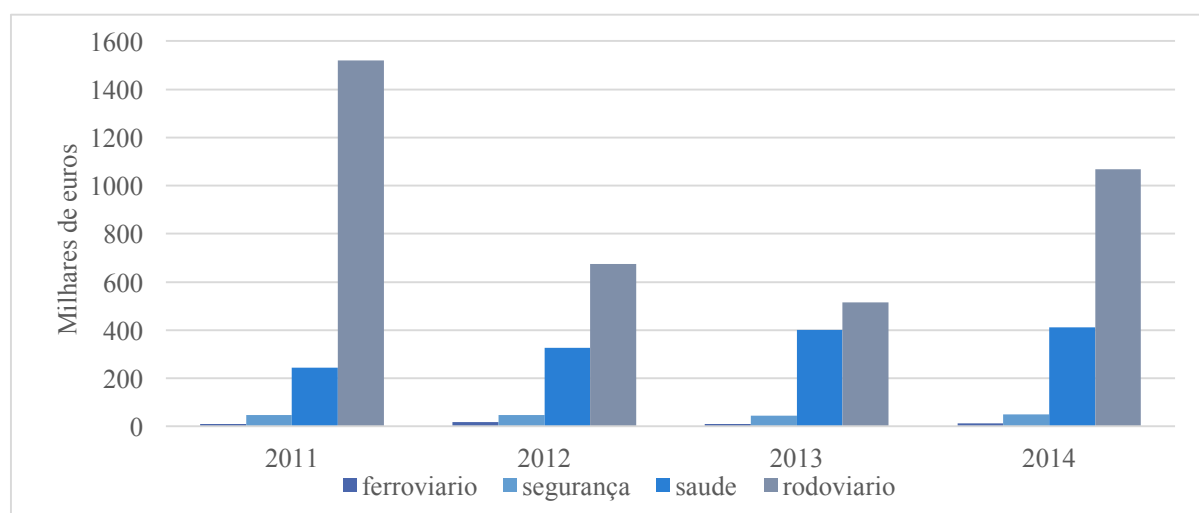


Gráfico 2 - Evolução dos encargos das PPP no período de 2011 a 2014. Adaptado da UTAP

## 6. PPP NA SAÚDE

No nosso país, os contratos no sistema de saúde para expansão da rede hospitalar regem-se, genericamente, pelo modelo de DBFOT (*design, build, finance, operate, transfer*), na qual os parceiros privados estão responsáveis pela conceção, construção, financiamento, operação e transferência para o Estado no final do período de contrato. Este modelo, inicialmente implementado no Reino Unido, é hoje utilizado em vários países, como Espanha, Canada, Irlanda e Grécia. (2)

Em Portugal é aplicado aos 4 hospitais em regime de PPP: Hospital de Cascais, Hospital de Loures, Hospital de Braga e Hospital de Vila Franca de Xira. (4)

O contrato para a gestão é feito com duas entidades gestoras, assumindo responsabilidades operacionais distintas: uma Entidade Gestora do Edifício (EGED) e uma Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST). (Tabela 1)

- I. A Entidade Gestora do Edifício está responsável pela construção e prestação dos serviços de infraestrutura, como a manutenção, durante um período de 30 anos.
  
  - II. A Entidade Gestora do Estabelecimento está responsável pela gestão hospitalar e pela prestação de serviços clínicos por um período de 10 anos.
- (22)

Entidade Responsável	EGED	EGEST
Objeto contratual	Conceção, construção, financiamento, conservação e exploração hospitalar	Prestação de cuidados de saúde
Prazo	30 anos	10 anos
Atividade	Conceção, construção e manutenção de instalações hospitalares, <i>hard facilities management</i> e equipamento fixo pesado	Gestão do hospital, gestão dos serviços clínicos, <i>soft facilities management</i> e equipamento móvel
Pagamento	Pela disponibilidade com deduções por falhas de desempenho	Por atividade clínica com deduções por falha de desempenho

*Tabela 1 - Modelo de PPP para as unidades hospitalares. EGED: Entidade Gestora do Edifício; EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

O Estado, enquanto EPC, contrata essas entidades, assumindo elas os riscos inerentes à sua execução. O Estado tem a função de definir objetivos, controlar e fiscalizar o exercício do contrato de gestão, assegurando assim a regularidade, continuidade e qualidade das prestações de cuidados de saúde.

As entidades gestoras tem a função de executar a obra e explorar os meios humanos, técnicos e financeiros necessários à boa execução do contrato, e garantir a boa conservação das instalações e equipamentos. (18)

## 6.1. Remuneração das Entidades Gestoras

Em Portugal, o modelo de PPP aplicado a todos os hospitais neste regime segue as mesmas linhas de orientação, onde existe uma entidade privada responsável pela gestão dos serviços clínicos, e outra entidade, igualmente privada, responsável pela gestão das infraestruturas. Estas entidades são remuneradas pelo Estado consoante a sua produção e segundo os contratos a seguir enumerados.

### 6.1.1. EGED

A remuneração da EGED é feita através de um valor base anual. Este inclui uma componente fixa (relativa ao risco de inflação que se encontra alocado ao parceiro privado) e uma componente variável (atualizada em função do índice de preços no consumidor).

Para além disso, existe uma componente relativa a deduções a efetuar em função dos níveis de desempenho, como exposto na figura 1. (18)

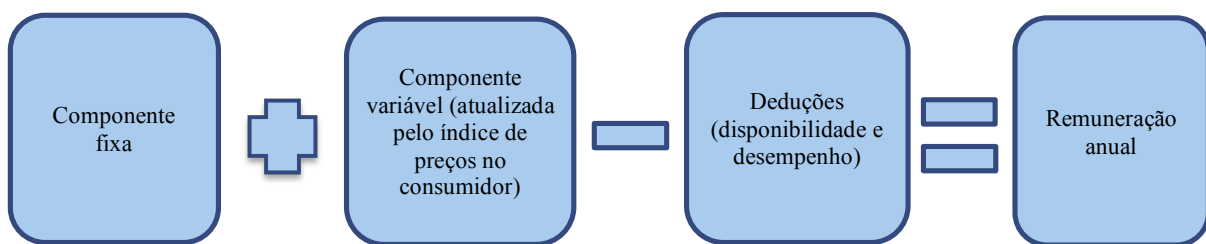


Figura 1 - Remuneração anual da EGED. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas

A EGED ainda recebe receitas comerciais de terceiros (cabeleireiro, papelaria, agência bancária, balcão de agência de viagens, correio, farmácia e serviço de estacionamento e gestão de trânsito), sendo que estas são partilhadas com o Estado numa percentagem fixa e previamente acordada. (18)



O Estado, através do SNS, paga anualmente à EGED, o resultado da fórmula apresentada na figura 2.

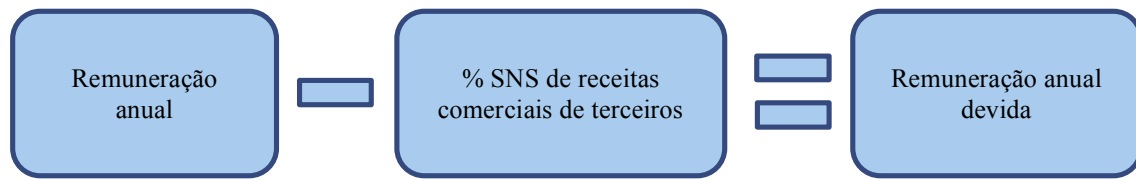


Figura 2 - Encargos do Estado com a EGED. SNS: Serviço Nacional de Saúde. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas

### 6.1.2. EGEST

O pagamento da remuneração anual da EGEST dos hospitais é feito da seguinte forma:

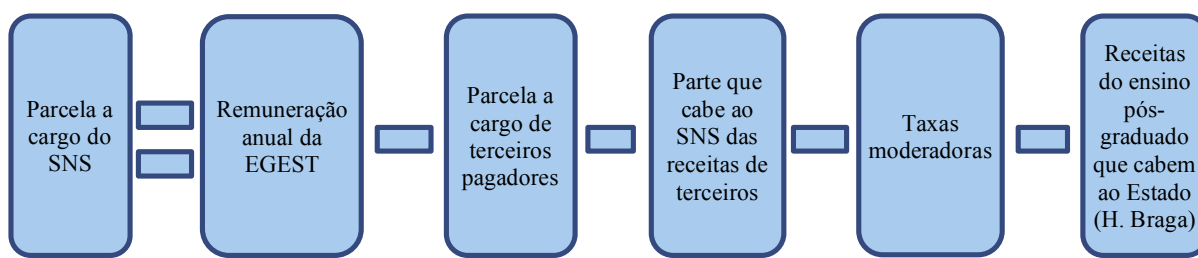
- É negociada, anualmente, a produção que se pretende para esse ano. Os preços dos serviços estão estipulados, bem como as suas fórmulas de atualização anuais, e é determinado o valor previsível da remuneração anual à entidade, consoante a produção contratada.
- 90% do valor anual previsto e acordado entre as partes é pago em prestações mensais pelo SNS;
- Os restantes 10% ficam dependentes da reconciliação anual, apurada no primeiro semestre do ano seguinte, dependendo da produção realizada, altura em que se procede ao apuramento e pagamento da remuneração anual total.

A remuneração base anual da EGEST remunera os serviços clínicos e a disponibilidade do serviço de urgência. A esta remuneração base anual são deduzidas as multas e penalizações, bem como parte das receitas a entregar ao Estado provenientes de terceiros, e que são, por contrato, partilhadas com o Estado. (18)

Para além disso, as EGEST faturam à EPC os medicamentos não associados a atos de produção, mas que, legalmente, apenas podem ser dispensados em farmácia hospitalar.

Existe também um ajustamento (positivo ou negativo) em função do custo *per capita*, por comparação com o mesmo custo calculado para os hospitais do grupo de referência.

A maior percentagem dos pagamentos é feita pelo SNS, sendo o restante efetuado pelos utentes através das suas taxas moderadoras ou por terceiros pagadores (p.ex: seguradoras e subsistemas de saúde). (18)



*Figura 3 - Encargos do Estado com a EGEST. SNS: Serviço Nacional de Saúde; EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

Ao abrigo deste modelo, as primeiras PPP no setor da Saúde foram anunciadas em 2001, num projeto que previa a construção de dez novos hospitais, alguns de substituição outros a construir de raiz. Nesse ano foi criada a Estrutura de Missão Parcerias Saúde com o objetivo de supervisionar e coordenar a preparação, lançamento e condução dos concursos relativos aos projetos de parceria (Resolução do Conselho de Ministros nº 162/2001, de 16 de Novembro). (18)

As parcerias na área de saúde encontram-se divididas em dois programas de PPP:

- Primeira Vaga – construção, manutenção e gestão da infraestrutura, fazendo parte deste programa o Hospital de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira;
- Segunda Vaga – construção e manutenção da infraestrutura, sendo este programa constituído pelos hospitais de Lisboa Oriental, Faro, Seixal, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Até à data, apenas os hospitais da primeira vaga se encontram em execução e é sobre estes que incide este trabalho.

## 7. HOSPITAL DE CASCAIS

O novo Hospital de Cascais serve uma população de aproximadamente 300 mil pessoas, residentes nos concelhos de Cascais e Sintra.

O contrato de gestão, assinado no dia 22 de fevereiro de 2008, foi celebrado entre a EPC (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.) e a HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A. (HPP – Grupo Caixa Geral de Depósitos) - EGEST, e com a TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A. (Teixeira Duarte) - EGED. (23)

A EGEST, responsável pela prestação dos cuidados de saúde, assumiu a gestão do antigo Hospital de Cascais no dia 1 de janeiro de 2009, e o novo hospital iniciou funções no dia 23 de fevereiro de 2010, respeitando assim o prazo estipulado (24 meses).

**Objeto do Contrato de parceria:** conceção, financiamento, construção, manutenção e gestão do novo Hospital de Cascais e gestão do Centro Hospitalar de Cascais durante a construção do novo hospital, através de celebração de um contrato para a gestão do estabelecimento (com a duração de 10 anos) e para a gestão do edifício (com a duração de 30 anos). (23)

O novo hospital dispõe de:

- 308 camas de internamento;
- 6 salas de bloco operatório;
- 10 salas de parto;
- 33 gabinetes de consulta externa;

Desde a proposta inicial do concorrente HPP/TDHOSP, até à fase final da negociação definitiva, o valor dos pagamentos a realizar pela EPC foi reduzido em 12,1%, constando um encargo final total previsto para o Estado de € 377,090 milhões. Como se observa na Tabela 2, este valor final é inferior ao CPC, em cerca de € 31 milhões. (3)

		Milhões de euros			
Projeto		CPC	BAFO	Diferencial	%
		Valor (€)	Valor (€)		
Cascais	<b>Total</b>	<b>408,750</b>	<b>377,090</b>	<b>-31,660</b>	<b>-8%</b>
	<b>EGEST</b>	328,050	269,820	-58,230	-18%
	<b>EGED</b>	<b>80,700</b>	<b>107,270</b>	<b>26,570</b>	<b>33%</b>

*Tabela 2 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Cascais. EGED: Entidade Gestora do Edifício; EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento; CPC: custo público comparável; BAFO: Best and final Offer. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas.*

A EGED ficou responsável pela construção do hospital (que decorreu entre 2008 e 2010), assim como pelos investimentos de substituição, reparação e manutenção do edifício e dos equipamentos durante os 30 anos de duração do contrato. A EGEST, por sua vez, detém a concessão dos serviços clínicos e dos serviços de apoio (compreendendo todas as atividades de natureza complementar ou auxiliar à prestação dos cuidados hospitalares) e é responsável pelo investimento em equipamentos médicos e informáticos.

Encontra-se prevista a celebração de três contratos de prestação de serviços clínicos com a duração de 10 anos (com a atual entidade ou com outra entidade prestadora), estando o primeiro em execução desde 2009. (20)

### **7.1. Execução do contrato de gestão - EGEST**

Nos termos do Contrato de Gestão, a produção prevista é determinada, anualmente, por acordo entre a EPC e a EGEST. Caso não haja acordo entre as duas entidades, cabe à EPC determinar unilateralmente a produção a contratar (cláusulas 37<sup>a</sup> e 52<sup>a</sup> do Contrato de Gestão). (24)

Em 2009 e 2010 as entidades envolvidas na negociação chegaram a acordo quanto à produção prevista, à parcela a cargo do SNS e aos limites dos valores de referência dos parâmetros de desempenho. O mesmo não aconteceu em 2011 (primeiro ano completo do novo edifício hospitalar) tendo a produção sido fixada unilateralmente pela EPC, uma vez que, decorrido o período de negociação, as partes não chegaram a acordo. Em 2012, a produção foi novamente determinada unilateralmente. Só em 2013 a produção foi acordada entre as duas partes, tendo-se registado um aumento quase generalizado das quantidades contratadas face ao ano anterior. Destaca-se, nesse sentido, o aumento na linha de produção mais onerosa para o hospital, isto é, o internamento. (20)

Na Tabela 3 é comparada a produção anual prevista e a realizada no Hospital de Cascais, entre 2009 e 2012.

Unid: milhares

Linha de produção	2009			2010			2011			2012		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
<b>Internamento (nº de episódios)</b>	11,201	10,624	-5%	15,333	13,589	-11%	16,282	14,777	-10%	16,724	15,055	-10%
<b>Dias de internamento prolongado (nº de dias)</b>	3,650	3,237	-11%	1,760	3,683	109%	1,932	2,149	11%	1,929	1,515	-21%
<b>Consultas externas</b>	75,844	71,77	-5%	95,179	102,134	7%	100,344	120,948	20%	103,108	117,119	14%
<b>Urgências</b>	108,000	105,936	-2%	99,964	132,724	33%	99,162	146,058	47%	99,531	137,768	38%
<b>Hospital de dia</b>	5,574	4,453	-10%	7,826	9,237	18%	8,112	13,035	60%	8,132	7,113	-13%

*Tabela 3 - Produção anual prevista no CB e Realizada no Hospital de Cascais. CB: Caso Base. Adaptado Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, 2014 - Tribunal de Contas*

Comparando a variação entre a produção estimada no Caso Base (CB) e a produção realizada, esta última foi inferior ao previsto, em média, 7% no ano 2009 e 2% no ano 2012, e superior em 31% no ano 2010, e 26% no ano 2011. (24)

## **7.2. Remuneração das Entidades Gestoras**

### **7.2.1. Remuneração da EGEST**

De acordo com os contratos assinados entre a EPC e a EGEST no Hospital, a remuneração desta entidade é feita tendo em conta: (24)

- Os serviços clínicos prestados;
- A disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- Os ajustamentos, positivos e/ou negativos, a efetuar em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Cascais e adquiridos nas farmácias de oficina.

À remuneração base anual da EGEST são efetuadas ainda deduções em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.

O total desta remuneração é paga por: (24)

- EPC, na parte correspondente à parcela a cargo do SNS;
- Terceiros pagadores (companhias de seguros e subsistemas de saúde);
- Utentes (correspondente às taxas moderadoras).

Na Tabela 4 é exposta a remuneração da EGEST, onde é possível comparar as diferenças entre o que era inicialmente previsto no CB e o que se veio a constatar na realidade, após acertos de reconciliação.



Milhões de euros

Fonte de remuneração	2009			2010			2011			2012		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
SNS	38,274	39,237	3%	35,048	44,051	26%	36,311	47,195	30%	37,811	47,628	26%
3 <sup>o</sup> s pagadores e utente	5,789	5,109	-12%	5,003	1,456	-73%	5,132	1,808	-65%	5,343	2,175	-59%
<b>Total remuneração EGEST</b>	<b>44,063</b>	<b>44,346</b>	<b>1%</b>	<b>40,051</b>	<b>45,407</b>	<b>13%</b>	<b>41,443</b>	<b>49,003</b>	<b>18%</b>	<b>43,154</b>	<b>49,804</b>	<b>15%</b>
% SNS	87%	88%	-	88%	97%	-	88%	96%	-	88%	96%	-
% 3 <sup>o</sup> s pagadores	13%	12%	-	12%	3%	-	12%	4%	-	12%	4%	-

*Tabela 4 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Cascais - CB vs. Realizado. CB: Caso Base EGEST: Entidade Gestora do Edifício. Adaptado de Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Cascais, 2014 - tribunal de Contas*

Comparando a remuneração prevista no Caso Base com a que efetivamente ocorreu, constatou-se que com a entrada em funcionamento do Novo Edifício Hospitalar (Março de 2010), a remuneração da EGEST foi superior ao previsto em 13% nesse ano, 18% em 2011 e 15% em 2012. (24)

O CB previa que a parcela da remuneração da EGEST a cargo dos terceiros pagadores e utentes representasse, anualmente, cerca de 12%, ficando os restantes 88% da remuneração a cargo do SNS. Na realidade verificou-se que a parcela a cargo dos terceiros pagadores, a partir de 2010, diminuiu significativamente, passando de 12%, em 2009, para cerca de 3% nos anos subsequentes. (24)

Na origem deste fato está o cumprimento da circular normativa da ACSS que determinou a suspensão da faturação por parte dos estabelecimentos do SNS de todas as prestações de saúde realizadas a beneficiários dos subsistemas públicos de saúde ADSE, SAD da PSP e GNR e ADM das Forças Armadas. (24)

### **7.2.2. Remuneração da EGED**

O Contrato de Gestão previu que, atendendo ao perfil assistencial contratado, a EGED ficaria responsável por conceber, projetar, construir e explorar o novo edifício hospitalar. Após a construção do edifício, esta entidade ficou responsável, ao longo do período de duração do contrato (30 anos), pela manutenção do edifício nas normais condições de funcionamento e operacionalidade, sendo remunerada pela disponibilização do edifício construído. (24)

A remuneração à EGED inclui:

- A remuneração base anual composta por:
  - Uma parte fixa;
  - Uma parte variável, atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor.
- Uma componente correspondente a deduções por falhas de desempenho.

Para além da remuneração base anual, constituem ainda receitas para a EGED, uma parte ou a totalidade das receitas comerciais de terceiros. Desde o início da parceria não foram apuradas quaisquer receitas. (24)

Na Tabela 5 estão expostos os valores da remuneração da EGED, previstos e reais, de 2010 a 2012.

Milhões de euros

	2010			2011			2012		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
<b>Deduções</b>	0	0	-	0	0	-	0	0	-
<b>Receitas</b>	0	0	-	0	0	-	0	0	-
<b>Remuneração base anual</b>	8,214	7,939	-3%	7,281	7,224	-0,8%	6,855	6,845	-0,1%
<b>Total</b>	<b>8,214</b>	<b>7,939</b>	<b>-3%</b>	<b>7,281</b>	<b>7,224</b>	<b>-0,8%</b>	<b>6,855</b>	<b>6,845</b>	<b>-0,1%</b>

*Tabela 5 - Remuneração anual da EGED do Hospital de Cascais - CB vs. Realizado. CB: Caso Base. Adaptado de Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Cascais, 2014 - Tribunal de Contas*

A remuneração anual nos 3 primeiros anos da EGED ficou, em média, 1% abaixo do previsto no CB. Desde o início da parceria não foram apuradas quaisquer receitas comerciais de terceiros a partilhar com a EPC, nem deduções por falha de desempenho.

Estes desvios devem-se essencialmente à atualização do índice de preços do consumidor e da entrada em funcionamento do novo edifício hospitalar. (24)

## 8. HOSPITAL DE LOURES

O Hospital de Loures serve uma população de cerca de 278.000 habitantes, residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Argão.

O contrato de gestão, assinado no dia 31 de Dezembro de 2009, foi celebrado entre a EPC (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.) e a SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures (com maior participação do Grupo Espírito Santo) – EGEST, e a HL (com maior participação da Mota-Engil) - EGEST. (25)

O novo hospital iniciou funções em 2012, respeitando assim o prazo estipulado (24 meses).

**Objeto do Contrato de parceria:** conceção, financiamento, construção, manutenção e gestão do Novo Hospital de Loures, através da celebração de um contrato para a gestão do estabelecimento (10 anos) e para a gestão do edifício (30 anos). (25)

Este hospital dispõe de:

- 424 camas de internamento;
- 8 salas de bloco operatórios;
- 44 gabinetes de consulta externa;
- 64 postos de Hospital de Dia.

A última e definitiva proposta, como exposto na Tabela 6, para a realização do projeto, foi de € 593.923 milhões. Este valor, em comparação ao CPC, avaliado em € 745.000 milhões, evidencia uma potencial poupança para o Estado de cerca de 20%. (3)

		Milhões de euros			
		CPC	BAFO	Diferencial	%
Projeto		Valor (€)	Valor (€)		
Loures	<b>Total</b>	<b>745,00</b>	<b>593,92</b>	<b>-151,07</b>	<b>-20%</b>
	<b>EGEST</b>	643,43	443,32	-200,1	-31%
	<b>EGED</b>	101,57	150,59	49,0	48%

*Tabela 6 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Loures. EGED: Entidade Gestora do Edifício; EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento; CPC: custo público comparável; BAFO: Best and final Offer. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas.*

O estudo estratégico e económico-financeiro realizado pelo Banco BPI, S.A. (BBPI) concluiu que o projeto desenvolvido através da PPP (construção de uma nova unidade hospitalar e gestão clínica) potenciaria a obtenção de um conjunto de vantagens, além do custo inferior por parte do Estado, tais como: a transferência de riscos do setor público para o privado, controlo dos custos e dos prazos associados ao investimento inicial; maior rapidez na implementação do projeto, maior incentivo para o desempenho, melhor qualidade de serviço, entre outras. (26)

### 8.1. Execução do contrato de gestão – EGEST

A componente da prestação dos serviços clínicos na PPP de Loures, tal como nas restantes parcerias da saúde, está sujeita ao processo de negociação anual entre a ECP e a EGEST, para a determinação da produção que se prevê, em princípio, ajustada às necessidades de cuidados de saúde da população.

Para esse efeito, a Tabela 7 ilustra a produção inicialmente prevista e a realizada. Relativamente à produção realizada, apenas estão disponíveis os valores referentes aos anos de 2012 e 2013.

Unid: milhares

Linha de produção	2012			2013			2014			2015		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
<b>Internamento (nº de episódios)</b>	33,356	19,173	-42%	39,885	35,248	-12%	44,504	-	-	44,721	-	-
<b>Dias de internamento prolongado (nº de dias)</b>	819	2,366	190%	926	2,917	215%	1,036	-	-	1,043	-	-
<b>Consultas externas</b>	207,273	122,310	-41%	234,366	239,010	20%	262,315	-	-	264,554	-	-
<b>Urgências</b>	85,532	122,801	44%	96,707	170,183	76%	108,239	-	-	109,168	-	-
<b>Hospital de dia</b>	5,363	2,702	-50%	6,038	9,000	50%	6,717	-	-	6,724	-	-

*Tabela 7 - Produção anual prevista no CB e Realizada no Hospital de Loures. CB: Caso Base. Adaptado Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, 2015 - Tribunal de Contas*

Neste período, a produção realizada em 2012 foi inferior ao previsto em mais de metade das linhas de produção, destacando o maior desvio inferior no número de sessões do hospital de dia (menos 50%) e os dias de internamento prolongado no maior desvio superior (mais 190%). Em 2013 a produção realizada foi superior ao previsto em praticamente todas as linhas de produção, exceto no número de internamentos. Foi previsto um aumento da produção todos os anos. (26)

## 8.2. Remuneração das Entidades Gestoras

### 8.2.1. Remuneração da EGEST

À semelhança de outras PPP, o contrato assinado entre o Estado e a EGEST em causa, determina que a remuneração anual a esta entidade depende de: (26)

- Serviços clínicos prestados;
- Disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- Ajustamentos, positivos ou negativos, a efetuar em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Loures e adquiridos nas farmácias de oficina.

Tendo em conta estes aspetos, o total da remuneração é paga por: (26)

- EPC, na parte correspondente à parcela a cargo do SNS;
- Terceiros pagadores (companhias de seguros e subsistemas de saúde);
- Utentes (correspondente às taxas moderadoras).

Alguns dos pressupostos da remuneração da EGEST previstos no contrato inicial sofreram alterações aquando do início da execução do mesmo. De destacar que a parcela que teria ficado inicialmente a cargo dos terceiros pagadores e dos utentes, cerca de 13% da remuneração anual, ficando a cargo do SNS os restantes 87%, não se veio a cumprir. Verificou-se que a parcela a cargo do SNS se situou nos 96% (média entre 2012 e 2014). Tal deveu-se à transferência para o orçamento do Estado, com a prestação de saúde realizada por estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde: ADSE, SAD da PSP e GNR e ADM das Forças Armadas. (26)

Na Tabela 8 é discriminada a remuneração fixada e contratada, no âmbito do procedimento anual, consoante a produção prevista acordada entre a EPC e a EGEST, não havendo dados da remuneração real.

Milhões de euros								
Fonte de remuneração	2012		2013		2014		2015	
	Contratado	CB	Contratado	CB	Contratado	CB	Contratado	CB
SNS	58,962	<b>58,366</b>	73,813	<b>70,631</b>	76,591	<b>80,462</b>	78,917	<b>82,885</b>
3ºs pagadores e utente	2,263		2,576		3,610		3,567	
<b>Total remuneração EGEST</b>	<b>61,225</b>		<b>76,389 (+25%)</b>		<b>80,202 (+5%)</b>		<b>82,485 (+3%)</b>	
% SNS	96,5%		97%		95,5%		96%	
% 3ºs pagadores	3,5%		3%		4,55		4%	

*Tabela 8 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Loures. CB: Caso Base; EGEST-Entidade Gestora do Edifício. Adaptado Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, 2015 - Tribunal de Contas*

A remuneração anual da EGEST registou um aumento significativo de 25%, no ano de 2013, face ao ano anterior justificado, em parte, pelo fato da atividade de 2012 apenas se ter iniciado plenamente em 27 de fevereiro. Comparando a parcela a cargo do SNS e, portanto, os encargos por parte do Estado, inicialmente previstos no contrato, com a parcela contratada anualmente desde o início da atividade da parceria, verifica-se, com exceção dos dois primeiros anos, que os encargos anuais com a parceria foram inferiores ao previsto no CB. As percentagens a cargo do SNS e dos terceiros pagadores mantiveram-se em valores idênticos ao longo dos anos, de acordo com o contrato. (26)



### **8.2.2. Remuneração da EGED**

O Contrato de Gestão previu que à EGED cabia conceber, projetar, construir e explorar o edifício hospitalar, atendendo ao perfil assistencial contratado. Após o final da construção do edifício, acordado e cumprido até 31 de dezembro de 2011, a mesma entidade ficou responsável por toda a atividade de manutenção e por garantir as normais condições de funcionamento e operação do edifício, durante o período de duração do contrato, isto é, 30 anos.

A EPC, como em anteriores contratos, fica a pagar à EGED uma remuneração anual que inclui:

- A remuneração base anual composta por:
  - Uma parte fixa;
  - Uma parte variável, atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor.
- Uma componente correspondente a deduções por falhas de desempenho, que é subtraído ao valor de base anual.

Para além da remuneração anual, a EGED partilha com a EPC 50% das receitas obtidas com as atividades comerciais acessórias. Assim, a remuneração anual a pagar pelo Estado é a remuneração base anual, menos as deduções por falhas de desempenho e a respetiva parcela das receitas. (26)

A Tabela 9 demonstra os valores, previstos e reais, da remuneração anual da EGED nos anos de 2012 e 2013.

	2012			2013		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
<b>Deduções</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Receitas</b>	0	39,725	-	0	41,131	-
<b>Remuneração base anual</b>	10,677	11,133	4%	10,901	11,146	2%
<b>Total</b>	<b>10,677</b>	<b>11,093</b>	<b>4%</b>	<b>10,901</b>	<b>11,105</b>	<b>2%</b>

*Tabela 9 - Remuneração anual da EGED do Hospital de Loures. CB vs. Realizado. CB: Caso Base. Adaptado de Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Loures, 2015 - tribunal de Contas*

No final, após acertos de reconciliação, a remuneração anual da EGED ficou ligeiramente acima do estimado no CB em 4 e 2%, em 2012 e 2013 respetivamente, mantendo-se praticamente constante nesses dois anos. (21)

## 9. HOSPITAL DE BRAGA

O novo Hospital de Braga serve uma população de cerca de 1,2 milhões de pessoas do distrito de Braga e Viana do Castelo, e concilia unidades de assistência técnica, investigação e ensino universitário, tendo vindo a substituir o antigo Hospital de S. Marcos. O contrato de gestão, assinado no dia 9 de Fevereiro de 2009, foi celebrado entre a EPC (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.) e a Escala Braga (com maior participação do Grupo José de Mello Saúde) – EGEST, e a Escala Braga (com maior participação da Somague) - EGED. (27)

A EGEST, responsável pela prestação dos cuidados de saúde, assegurou a gestão do Hospital de S. Marcos no dia 1 de Setembro de 2009, e o novo edifício hospital entrou em funcionamento a 9 de Maio de 2011, respeitando assim o prazo estipulado (27 meses).

**Objeto do Contrato de parceria:** conceção, financiamento, construção, manutenção e gestão do Novo Hospital de Braga, e gestão do Hospital de S. Marcos durante a construção do novo hospital, através de celebração de um contrato para a gestão do estabelecimento (10 anos) e para a gestão do edifício (30 anos). (27)

O novo hospital dispõe de:

- 705 camas de internamento;
- 12 Salas de bloco operatório;
- 59 Gabinetes de consulta externa.

A última e definitiva proposta para a realização do projeto, exposto na Tabela 11, foi de € 794.270 milhões. Este valor, em comparação ao CPC, avaliado em € 1.186.30 milhões, evidenciava uma potencial poupança para o Estado de cerca de 33%. (18)

		Milhões de euros			
		CPC	BAFO	Diferencial	%
Projeto		Valor (€)	Valor (€)		
<b>Braga</b>	<b>Total</b>	<b>1.186,30</b>	<b>794,27</b>	<b>-392,04</b>	<b>-33%</b>
	<b>EGEST</b>	987,63	641,150	-346,12	-35%
	<b>EGED</b>	198,68	152,76	-45,92	-23%

*Tabela 10 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Braga. EGED: Entidade Gestora do Edifício; EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento; CPC: custo público comparável; BAFO: Best and final Offer. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

### 9.1. Execução do contrato de gestão – EGEST

A responsabilidade da prestação de serviços clínicos na PPP de Braga está, como nas restantes parcerias da saúde, sujeita a processo de negociação anual entre a EPC e a EGEST, para a determinação da produção prevista, em princípio, ajustada às necessidades de cuidados de saúde da população.

A Tabela 11 ilustra a evolução e compara a produção realizada entre 2009 e 2011, face à prevista no caso base, nas principais linhas de produção. (18)

Unid: milhares

Linha de produção	2009			2010			2011		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
<b>Internamento (nº de episódios)</b>	9,069	8,828	-2%	27,515	35,881	30%	28,483	46,052	61%
<b>Dias de internamento prolongado (nº de dias)</b>	0	0	0%	0	0	0%	8,121	1,194	-85%
<b>Consultas externas</b>	80,273	94,099	17%	239,933	325,280	36%	240,678	346,889	44%
<b>Urgências</b>	52,392	30,962	-41%	158,087	94,755	-40%	163,548	101,055	-38%
<b>Hospital de dia</b>	12,329	649	-95%	40,829	6,205	-85%	52,791	7,938	-85%

Tabela 11 - Produção anual prevista no CB e Realizada no Hospital de Braga. CB: Caso Base. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas

Quanto à comparação entre a produção subjacente no CB e a produção efetiva (apurada na sequência dos processos de reconciliação), constata-se que esta última foi superior em 30 e 61% ao inicialmente previsto, nos anos 2010 e 2011 respetivamente, em episódios de internamento, e 36 e 44% em consultas externas, respetivamente. (18)

## **9.2. Remuneração das Entidades Gestoras**

### **9.2.1. Remuneração da EGEST**

De acordo com os contratos assinados entre a EPC e a EGEST do Hospital de Braga, a remuneração desta entidade é feita tendo em conta: (18)

- Os serviços clínicos prestados;
- A disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- Os ajustamentos, positivos ou negativos, a efetuar em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Braga e adquiridos nas farmácias de oficina.

À remuneração base anual da EGEST são ainda efetuadas deduções, em virtude da ocorrência de falhas de desempenho, e ainda as receitas do ensino médico pós-graduado.

O total desta remuneração é paga por: (18)

- EPC, na parte correspondente à parcela a cargo do SNS;
- Terceiros pagadores (companhias de seguros e subsistemas de saúde);
- Utentes (correspondente às taxas moderadoras).

Na Tabela 12 é discriminada a remuneração da EGEST entre 2009 e 2011 do Hospital de Braga.

Milhões de euros

Fonte de remuneração	2009			2010			2011		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
SNS	46,794	27,703	-41%	98,497	102,671	4%	89,039	95,991	8%
3 <sup>os</sup> pagadores e utentes	7,571	3,919	-49%	15,885	3,977	-75%	14,425	3,917	-73%
<b>Total remuneração EGEST</b>	<b>54,365</b>	<b>31,621</b>	<b>-42%</b>	<b>114,382</b>	<b>106,648</b>	<b>-7%</b>	<b>103,464</b>	<b>99,908</b>	<b>-3%</b>
% SNS	86%	88%	-	86%	94%	-	86%	97%	-
% 3 <sup>os</sup> pagadores	14%	12%	-	14%	4%	-	14%	3%	-

*Tabela 12 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Braga. CB vs. Realizado. CB: Caso Base; EGEST- Entidade Gestora do Edifício. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

A remuneração da EGEST ficou abaixo do inicialmente previsto nos 3 anos: 42% em 2009, 7% em 2010 e 3% em 2011. Nos moldes idênticos aos já referidos, nomeadamente o Hospital de Cascais, a partir de 1 de janeiro de 2010, também no Hospital de Braga se verificou a transferência de encargos, antes da responsabilidade dos subsistemas de saúde, para a responsabilidade de pagamento do SNS. Por este motivo, verificaram-se encargos por parte do Estado, superiores ao esperado em 4 e 8% nos anos de 2010 e de 2011 respetivamente, diminuindo drasticamente os encargos por parte do terceiros pagadores e utentes. (18)

### **9.2.2. Remuneração da EGED**

À semelhança dos Contratos de Gestão já expostos, no caso do Hospital de Braga, os termos são os mesmos: a EGED fica responsável por conceber, projetar construir e explorar o novo edifício hospitalar, atendendo ao perfil assistencial contratado. Após a construção do novo edifício hospitalar, esta entidade fica responsável, ao longo do período de duração do contrato (30 anos), pela manutenção do edifício nas normais condições de funcionamento e operacionalidade, sendo remunerada pela disponibilização do edifício construído. (18)

A remuneração da EGED inclui:

- A remuneração base anual composta por:
  - Uma parte fixa;
  - Uma parte variável, atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor.
- Uma componente correspondente a deduções por falhas de desempenho, que subtraem ao valor de base anual.

Para além da remuneração base anual, constituem ainda receitas da EGED uma parte, ou a totalidade das receitas comerciais de terceiros. (18)



No caso do Hospital de Braga, como se evidencia na Tabela 13, a EGED só começou a ser remunerada desde a entrada em funcionamento do novo edifício, ou seja, 2011. (18)

	2009			2010			2011		
	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%	CB	Real	Δ%
<b>Deduções</b>	-	-	-	-	-	-	0	0	-
<b>Receitas</b>	-	-	-	-	-	-	0	0	-
<b>Remuneração base anual</b>	-	-	-	-	-	-	17,008	16,351	-4%
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	<b>17,008</b>	<b>16,351</b>	<b>-4%</b>

*Tabela 13 - Remuneração anual da EGED do Hospital de Braga. CB vs. Realizado. CB: Caso Base. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

Os encargos com a EGED no ano de 2011 foram inferiores aos encargos previstos no CB em 4%, fruto da atualização de preços (componente variável da remuneração base anual), consubstanciada em taxas de inflação acumuladas inferiores às subjacentes no CB. (3)

## 10. HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

O Hospital de Vila Franca de Xira, igualmente operando em regime de PPP, serve uma população de cerca 215 mil habitantes nos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja e Vila Franca de Xira do distrito de Lisboa, e o de Benavente do distrito de Santarém.

O contrato de gestão, assinado no dia 25 de Outubro de 2010, foi celebrado entre a EPC (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.) e a Escala Vila Franca (com maior participação do Grupo José de Mello Saúde) – EGEST, e a Escala Vila Franca (com maior participação da Somague) - EGED. (28)

A EGEST, responsável pela prestação dos cuidados de saúde, assegurou a gestão do antigo hospital (Hospital Reynaldo dos Santos) a partir do dia 1 de junho de 2011, e o novo edifício hospitalar entrou em funções a partir de abril de 2013, respeitando assim o prazo estipulado (cerca de 21 meses). (28)

**Objeto do Contrato de parceria:** conceção, financiamento, construção, manutenção e gestão do novo hospital de Vila Franca de Xira, e gestão do Hospital Reynaldo dos Santos durante a construção do novo hospital, através da celebração de um contrato para a gestão do estabelecimento (10 anos) e para a gestão do edifício (30 anos). (28)

O novo hospital dispõe de:

- 280 camas de internamento;
- 9 salas de bloco operatório;
- 33 gabinetes de consulta externa.

A proposta final para a realização do projeto foi de € 478.410 milhões (Tabela 14). Este valor, em comparação ao CPC, avaliado em € 590.650 milhões, evidenciava uma potencial poupança para o Estado de cerca de 19%. No entanto, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, a vertente infraestrutural situou-se 13% acima do CPC, sendo o projeto rentável apenas com inclusão dos serviços clínicos. (18)

		Milhões de euros			
		CPC	BAFO	Diferencial	%
Projeto		Valor (€)	Valor (€)		
Vila Franca de Xira	<b>Total</b>	<b>590,650</b>	<b>478,410</b>	<b>-112,240</b>	<b>-19%</b>
	<b>EGEST</b>	479,920	352,900	-127,020	-26%
	<b>EGED</b>	110,730	125,510	14,780	13%

*Tabela 14 - Comparação entre CPC e o valor da BAFO do Hospital de Vila Franca de Xira. EGED: Entidade Gestora do Edifício; EGEST: Entidade Gestora do Estabelecimento; CPC: custo público comparável; BAFO: Best and final Offer. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

### 10.1. Execução do contrato de gestão – EGEST

A responsabilidade da prestação de serviços clínicos na PPP de Vila Franca de Xira está, como nas restantes parcerias da saúde, sujeita a processo de negociação anual entre a EPC e a EGEST, para a determinação da produção prevista, em princípio, ajustada às necessidades de cuidados de saúde da população.

A Tabela 15 ilustra a evolução da produção prevista e contratada, não havendo registo da produção realizada, entre junho de 2011 e final de 2012. (18)

Uni: milhares

Linha de produção	2011			2012		
	CB	Contratada (jun-dez)	Δ%	CB	Contratada	Δ%
Internamento (nº de episódios)	8,611	8,554	-0,5%	14,812	16,796	13%
Dias de internamento prolongado (nº de dias)	1,152	639	-45%	2,000	600	-70%
Consultas externas	43,009	42,552	-1%	74,102	86,269	16%
Urgências	67,072	61,992	-8%	115,321	106,250	-8%
Hospital de dia	0	0	-	0	0	-

*Tabela 15 - Produção anual prevista no CB e Contrata no Hospital de Vila Franca de Xira. CB: Caso Base. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

Em 2011, as consultas externas ficaram sensivelmente ao nível do previsto no CB (-1%), e em 2012 apresentaram-se 16% superiores às do CB. Também abaixo do CB, ficaram as produções contratadas relativas ao internamento de utentes da rede de cuidados continuados (em 2011, menos 45%, e em 2012 menos 70%). (18)

## **10.2. Remuneração das Entidades Gestoras**

### **10.2.1. Remuneração da EGEST**

De acordo com os contratos assinados entre a EPC e a EGEST do Hospital de vila Franca de Xira, a remuneração desta entidade é feita tendo em conta: (18)

- Os serviços clínicos prestados;
- A disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- Os ajustamentos, positivos ou negativos, a efetuar em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do Hospital de Braga e adquiridos nas farmácias de oficina.

À remuneração base anual da EGEST são efetuadas ainda deduções em virtude da ocorrência de falhas de desempenho, e ainda as receitas do ensino médico pós-graduado.

O total desta remuneração é paga por: (18)

- EPC, na parte correspondente à parcela a cargo do SNS;
- Terceiros pagadores (companhias de seguros e subsistemas de saúde);
- Utentes (correspondente às taxas moderadoras).

Na Tabela 16 são descritos os respetivos encargos previstos e reais com a EGEST.

**Milhões de euros**

Fonte de Remuneração	2011 (Junho-Dezembro)			2012		
	CB	Real	Δ%	CB	Previsto	Δ%
Receitas	0,006	0,003	-50%	0,013	0,013	0%
SNS	22,254	26,273	18%	50,111	53,423	7%
3 <sup>os</sup> pagadores e utentes	0,514	0,979	90%	1,156	1,851	60%
Total remuneração EGEST	22,762	27,249	20%	51,254	55,161	8%
% SNS	98%	97%	-	98%	97%	-
% 3 <sup>os</sup> pagadores	2%	3%	-	2%	3%	-

*Tabela 16 - Remuneração anual da EGEST do Hospital de Vila Franca de Xira. CB vs. Realizado. CB: Caso Base; EGEST- Entidade Gestora do Edifício. Adaptado de "Encargos do Estado com PPP na Saúde", 2013 - Tribunal de Contas*

Em 2011, com o ajustamento do CB para 7 meses, o aumento de encargos para o SNS, face ao previsto, foi de 18%. Da mesma forma, e para o mesmo ano, o aumento de responsabilidades de pagamento de terceiros pagadores foi de 90%.

Em 2012, para o SNS, foi previsto um ligeiro aumento das responsabilidades de pagamento (3,312 milhões de euros) face ao CB. (18)

### **10.2.2. Remuneração da EGED**

À semelhança dos Contratos de Gestão já expostos, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira os termos são os mesmos: a EGED ficaria responsável por conceber, projetar construir e explorar o Novo Edifício Hospitalar atendendo ao perfil assistencial contratado.

Após a construção do Novo Edifício Hospitalar, esta entidade ficou responsável, ao longo do período de duração do contrato (30 anos), pela manutenção do edifício nas normais condições de funcionamento e operacionalidade, sendo remunerada pela disponibilização do edifício construído. (18)

A remuneração da EGED inclui:

- A remuneração base anual composta por:
  - Uma parte fixa;
  - Uma parte variável, atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor.
- Uma componente correspondente a deduções por falhas de desempenho, que subtraem ao valor de base anual.

Para além da remuneração base anual, constituem ainda receitas da EGED uma parte, ou a totalidade das receitas comerciais de terceiros.

No caso do Hospital de Vila Franca de Xira, a EGED só começou a ser remunerada desde a entrada em funcionamento do novo edifício, abril de 2013, pelo que, no período em questão, de 2011 a 2012, não houve quaisquer gastos previstos nem efetuados. (18)

## 11. CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

Com a realização deste trabalho foi possível compreender melhor os contratos de PPP e os seus moldes, bem como os respetivos encargos para o Estado com as várias unidades hospitalares.

Em relação ao modelo geral de Parcerias Público-Privadas:

São atualmente um fenómeno à escala mundial, difundidas e utilizadas cada vez mais em todo o mundo;

São usadas como instrumento de fuga a restrições orçamentais que são impostas ao Estado, tornando-se importantes para o desenvolvimento e prestação de mais e melhores serviços, bem como a construção de grandes infraestruturas, como novos hospitais ou estradas, em prazos razoáveis, que de outra forma não seria possível;

São usadas em vários setores da economia, como o da saúde, ferroviário e rodoviário, tanto em Portugal como no resto do Mundo.

Em teoria, este tipo de parcerias tem vantagens e desvantagens, impondo sempre uma avaliação rigorosa, aprofundada e independente de todos os contratos de PPP, antes de os assinar. Apesar de pontos fortes e relevantes a seu favor, na prática, a sua aplicação e cumprimento torna-se bastante complexa.

As PPP são usadas quando, além de um custo total do projeto inferior em relação ao CPC, os objetivos iniciais a que as entidades privadas se comprometem a cumprir têm de ser cumpridos por um preço não superior ao que seria se fosse realizado apenas por entidades públicas.

Há a criação e geração de *VfM* através da presumível maior eficiência das entidades privadas, eficiência essa gerada através da partilha de riscos.



O fator tempo, que caracteriza estes contratos como sendo de longa duração, torna os custos totais finais menos previsíveis e controláveis, ficando o Estado refém de assegurar o funcionamento dos serviços e a não falência das entidades privadas que o gerem.

Em relação ao modelo de PPP aplicado ao setor da saúde em Portugal:

As entidades privadas, EGED e EGEST, são remuneradas anualmente em função da produção prevista e contratada, havendo no final acertos em relação à produção realizada;

São o segundo maior setor do universo de todas as parcerias neste regime, representado atualmente aproximadamente 27% dos encargos totais com PPP em Portugal.

Todos os contratos de PPP do Hospital de Cascais, do Hospital de Loures, do Hospital de Braga e do Hospital de Vila Franca de Xira, foram realizados com o propósito de, após concurso público para a escolha das duas Entidades Gestoras, o custo da melhor oferta, BAFO, ser inferior ao CPC. No que respeita às BAFO dos 4 hospitais, o Estado decidiu pela via da contratação em PPP em todos eles devido à existência de potenciais margens de poupança de custos entre 8 e 33%.

À data dos respetivos concursos, dos quatro grandes projetos hospitalares, apenas um dos contratos PPP, o Hospital de Braga, possuía margens abaixo do CPC, tanto no que respeitava à vertente infraestrutural, como relativamente à vertente dos serviços clínicos. No caso do Hospital de Vila Franca de Xira, a vertente infraestrutural situou-se 13% acima do CPC, mais 33% no Hospital de Cascais, e mais 48% no Hospital de Loures.

Já no que respeita aos serviços clínicos, o Estado, em qualquer dos casos, considerou, face aos cálculos então efetuados, que seria mais vantajosa a contratação em PPP.

De destacar também que os prazos desde a assinatura do contrato com as entidades privadas até à entrada em funcionamento das novas instalações foram cumpridos em todos os hospitais.

Os 4 hospitais servem um total de cerca de 2 milhões de habitantes, quase 20% da população residente em Portugal. Destes, o Hospital de Braga é a maior unidade hospitalar em regime de PPP e aquele que serve uma maior percentagem de população, cerca de 1,2 milhões de pessoas, com maior número de consultas e internamentos, representando assim a PPP na saúde com maiores encargos para o Estado.

No lado oposto, o Hospital de Vila Franca de Xira é o hospital que apresenta menor número de camas de internamento e serve uma menor população, cerca de 215 mil pessoas.

As PPP apresentam como grande vantagem, não só um presumível custo inferior para o Estado em comparação com a sua execução apenas pela entidade pública, mas também a transferência de riscos, nomeadamente o risco de construção/manutenção do edifício e de procura de serviços clínicos, da entidade pública, SNS, para as entidades privadas, EGEST e EGED.

A produção tem sofrido um aumento consecutivo em todos os hospitais sob regime de PPP.

Em relação à produção prevista e realizada, destaca-se que o número de urgências realizadas foi superior ao previsto em 3 dos 4 hospitais, excetuando o Hospital de Braga. Este, apesar de servir uma maior população, tem menos episódios de urgência que o Hospital de Cascais e Loures.

Em relação à remuneração da EGEST foi, no CB, erradamente prevista em todas as PPP, havendo desvios acima do previsto no Hospital de Cascais e Braga, e desvios abaixo do previsto no Hospital de Loures e Vila Franca de Xira. Além disso, as percentagens de pagamento correspondentes aos encargos do SNS e dos terceiros pagadores, inicialmente acordadas, não foram cumpridas, com prejuízo para o Estado, nos dois primeiros hospitais.

Em relação à remuneração da EGED, nos respetivos períodos de tempo em análise, os valores inicialmente propostos foram inferiores aos reais nos casos do Hospital de Cascais e de Braga, mas superiores no Hospital de Loures.

O Hospital de Braga, como seria de esperar, sendo o maior, é a unidade hospitalar com a remuneração da EGED mais elevada das 4 PPP.

Em suma, é ainda escassa a experiência em Portugal com este tipo de contratos, nomeadamente no setor da saúde. Além disso, os estudos realizados e a informação publicada são igualmente insuficientes para aferir os reais benefícios destas parcerias. Deste modo, só a longo prazo se poderão tirar conclusões mais consistentes e saber o seu verdadeiro impacto nas contas públicas.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Simões J. 30 Anos Do Serviço Nacional de Saúde. Almedina E, editor. 2010.
2. McKee M, Edwards N, Atunc R. Public-private partnerships for hospitals. Bull World Health Organ. 2006;84(11):890–6.
3. Sarmiento JM. Parcerias Público-Privadas. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2013.
4. Tribunal de Contas. Relatório de Encargos do Estado com PPP na Saúde. 2013.
5. Building better partnerships [Internet]. Institute for Public Policy Research. [Internet]. London: IPPR; 2011. Available from: <http://www.ippr.org/publications/55/1234/building-better-partnerships>
6. José M. José de Mello Saúde [Internet]. p. July 12, 2013. Available from: <http://www.xn--josedemellosade-fvb.pt/vPT/Portal-Jose?deMelloSau?de/Paginas/Homepage.aspx>
7. Diário da República. Decreto-Lei nº 111/2012 de 23 de Maio. 2012.
8. E. R. Yescombe. Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance. 2007.
9. Simões J. Retrato Político da Saúde. Almedina E, editor. 2009.
10. António I. Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns Aspectos Económico-Financeiros. Rev Electrónica Direito. 2014;
11. Marques MML. “A receita mágica”, Diário económico,. 2003;
12. Moreira, Vital; Marques MML. A tentação da “Private Finance Initiative (PFI).” Diário Económico. 2003;
13. Carvalho V de. O Mundo, A Europa e Portugal - I Volume. 2012;17.
14. Barros PP, Martinez-Giralt X. Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model. Eur J Heal Econ [Internet]. 2009;10:437–53. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19357881>
15. Lethbridge J. EUROPEAN WORKS COUNCILS AND THE HEALTHCARE. 2004;
  16. Diário da República. Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de Agosto. 2002.
  17. Diário da República. Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril. 2003.
  18. Rebêlo S, Machado F. Relatório de Encargos do Estado com PPP na Saúde - Tribunal de Contas. 2013.
  19. Diário da República. Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho. 2006.
  20. Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos. Boletim Trimestral PPP - 2º Trimestre de 2015. 2015.
  21. Direção Geral do Tesouro e das Finanças. Parcerias Público-Privadas e Concessões - Relatório de 2012. 2012.
  22. Salvador C, Garcia A. Relatório de Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde – Primeira vaga de Hospitais - Tribunal de Contas. 2009.
  23. <http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/ParceriasSaúde/Apresentação/HospitalCascais/tabid/509/language/pt-PT/Default.aspx>.
  24. Carpinteiro J, Fonseca P. Relatório de Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Cascais - Tribunal de Contas. 2014.
  25. <http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/ParceriasSaúde/Apresentação/HospitaldeLoures/tabid/511/language/pt-PT/Default.aspx>.
  26. Carpinteiro J, Fonseca P. Relatório de Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Loures - Tribunal de Contas. 2015.
  27. <http://www.acss.min->

saude.pt/ÁreaseUnidades/ParceriasSaúde/Apresentação/HospitaldeBraga/tabid/510/  
language/pt-PT/Default.aspx.

28. [http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/ParceriasSaúde/Apresentação/HospitaldeVilaFrancadeXira/  
tabid/512/language/pt-PT/Default.aspx](http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/ParceriasSaúde/Apresentação/HospitaldeVilaFrancadeXira/tabid/512/language/pt-PT/Default.aspx).